

УДК 616.895.8-079.4+616.899-06-079.4

В. В. Чугунов, А. Д. Городокін

ИНСТРУМЕНТАРИЙ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ РЕЗИДУАЛЬНОЙ ШИЗОФРЕНИИ И СОСУДИСТОЙ ДЕМЕНЦИИ С ПАРАНОИДНЫМИ ВКЛЮЧЕНИЯМИ

Запорожский государственный медицинский университет

Summary. Chugunov V. V., Gorodokin A. D. **DIFFERENTIAL DIAGNOSTIC TOOLS FOR RESIDUAL SCHIZOPHRENIA AND CEREBROVASCULAR DEMENTIA WITH PARANOID INCLUSIONS.** - *Zaporozhye state medical university, e-mail: NULP_board@mail.ru.* In order to develop differential diagnostic instrument for residual schizophrenia with a mixed type defect and cerebrovascular dementia with paranoid inclusions, 75 patients of «Zaporozhye Regional Psychiatric Hospital», separated in to 2 groups, were examined, among them 32 patients with diagnoses under the rubric F01.3 and 43 patients with diagnoses under the rubric F20.5. Basing on the diagnostic factors and measures of informativeness of «Scale for the Assessment of Positive Symptoms» adapted signs clinical scale was developed. It allows to make a diagnostic conclusion about the etiology of productive psychopathological disorders in any level of reliability: 95% ($p=0,05$), 99% ($p=0,01$) and 99,9% ($p=0,001$).

Key words: residual schizophrenia, cerebrovascular dementia, paranoid inclusion.

Реферат. Чугунов В. В., Городокін А. Д. **ИНСТРУМЕНТАРИЙ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ РЕЗИДУАЛЬНОЙ ШИЗОФРЕНИИ И СОСУДИСТОЙ ДЕМЕНЦИИ С ПАРАНОИДНЫМИ ВКЛЮЧЕНИЯМИ.** С целью разработки инструментария дифференциальной диагностики резидуальной шизофрении с дефектом смешанного типа и сосудистой деменцией с параноидными включениями было обследовано 75 пациентов КУ «Запорожская областная психиатрическая больница» СОЖ в составе 2 групп: 32 пациента с диагнозами в рамках рубрики F01.3 и 43 пациента с диагнозами в рамках рубрики F20.5. На основании диагностических коэффициентов и мер информативности ракурсного-адаптированных признаков «Scale for the Assessment of Positive Symptoms» разработали клиническую шкалу, позволяющую вынести диагностический вывод о принадлежности продуктивных психопатологических нарушений к одной из указанных нозологических форм с необходимым уровнем достоверности 95% ($p = 0,05$), 99% ($p = 0,01$) или 99,9% ($p = 0,001$).

Ключевые слова: резидуальная шизофрения, сосудистая деменция, параноидные включения.

Реферат. Чугунов В. В., Городокін А. Д. **ИНСТРУМЕНТАРИЙ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ РЕЗИДУАЛЬНОЙ ШИЗОФРЕНИИ ТА СОСУДИСТОЙ ДЕМЕНЦИИ С ПАРАНОИДНЫМИ ВКЛЮЧЕНИЯМИ.** З метою розробки інструментарію диференційної діагностики резидуальної шизофренії з дефектом змішаного типу і судинної деменції з параноїдними включеннями було обстежено 75 пацієнтів КУ «Запорізька обласна психіатрична лікарня» ЗОР у складі 2 груп: 32 пацієнта з діагнозами в рамках рубрики F01.3 та 43 пацієнта з діагнозами в рамках рубрики F20.5. На підставі діагностичних коефіцієнтів та мір інформативності ракурсного-адаптованих ознак «Scale for the Assessment of Positive Symptoms» розроблено клінічну шкалу, що дозволяє винести діагностичний висновок щодо приналежності продуктивних психопатологічних порушень до однієї з зазначених

нозологічних форм з необхідним рівнем достовірності: 95% ($p=0,05$), 99% ($p=0,01$) або 99,9% ($p=0,001$).

Ключові слова: резидуальна шизофренія, судинна деменція, параноїдні включення.

Актуальна психіатрична клініка характеризується тенденцією к увеличению числа первичных обращений пациентов, пребывающих в возрасте инволюции, что требует ракурсной квалификации инициального комплекса психопатологической симптоматики для селекции конгруэнтной терапевтической тактики. Указанная тенденция определяется комплексом медико-социальных факторов, среди которых основное значение имеет не столько собственно повышение заболеваемости психопатологическими расстройствами разного уровня, сколько совершенствование методологии медицинских дисциплин общего профиля, что в целом направлено против естественных факторов, лимитирующих продолжительность жизни в популяции [1, 7].

Поздний возраст первичного обращения за психиатрической помощью связан также с последствиями культурально-детерминированной стигматизации лиц, страдающих психической патологией, что заставляет откладывать с таким обращением до формирования у пациентов выраженных психических и поведенческих нарушений.

Центральной мишенью дифференциации в инициальном комплексе симптоматики в структуре психопатологии инволюционного периода являются бредовые симптомы и синдромы, идентификация нозологической принадлежности которых в контексте характерной для указанного возрастного периода эндогенно-органической и соматогенной коморбидности представляет сложную задачу. Так, спектр бредовых проявлений широко представлен в структуре цереб्रोатрофической и цереброваскулярной патологии, в том числе дементирующих заболеваний, а также сохраняется, в виде параноидных включений, в структуре исходных состояний эндогенно-процессуальных заболеваний [2, 3, 6].

Отдельное место занимает проблема идентификации нозологической принадлежности патоидеаторных нарушений в структуре исходного этапа течения разных видов психопатологии, в частности – разграничение параноидных включений при резидуальной шизофрении (в структуре дефекта смешанного типа) и при сосудистой деменции. В рамках указанных состояний дифференциация принадлежности психопатологических нарушений в условиях инициального обращения осуществляется путём поиска анамнестических коррелятов эндогенно-процессуальной патологии либо путём выявления специфической психопатологической семиотики. Данный подход требует, с одной стороны, наличия объективных анамнестических сведений, не всегда доступных, а также определённого уровня сохранности когнитивно-мнестических и ассоциативных и конативных функций пациента, что необходимо для получения и корректной интерпретации клинко-психопатологических данных, с другой – невозможен вне континуальной обсервации, как правило, госпитальной [8, 10].

В данном свете приоритетным в отношении экспресс-дифференциации резидуальной шизофрении и сосудистой деменции с параноидными включениями представляется использование позитивной психопатологической симптоматики, доступной для анализа «здесь и сейчас», с объективизацией процесса дифференциальной диагностики и верификацией результатов.

Целью исследования является разработка инструментария дифференциальной диагностики резидуальной шизофрении и сосудистой деменции с параноидными включениями у возрастных пациентов.

Было всесторонне обследовано 75 пациентов, находящихся на лечении в КУ «Запорожская областная психиатрическая больница» ЗОС. Контингент был сформирован из 2 групп пациентов:

- группа 1 (Г1): 32 пациента с диагнозами в рамках рубрики F01.3 (смешанная корковая и подкорковая сосудистая деменция) с параноидными включениями. Средний возраст в данной группе составил $61\pm 3,2$ года;

- группа 2 (Г2): 43 пациента с диагнозами в рамках рубрики F20.5 (резидуальная (остаточная) шизофрения). Средний возраст в данной группе составил $57\pm 1,4$ года;

Методы исследования:

- *клинко-анамнестический*, для верификации нозологической принадлежности

психопатологических нарушений и исключения экзогенных факторов (интоксикационных, инфекционных, черепно-травматических и пр.);

– *клинико-психопатологический*, с использованием клинической шкалы «Scale for the Assessment of Positive Symptoms» (N. Anderson, 1984) [9] для систематизации продуктивной психопатологической семиотики и верификации бредовых расстройств;

– *математической статистики*, для анализа достоверности различий частот качественных признаков, с использованием непараметрического критерия χ^2 ;

– *оценки диагностической ценности* (диагностических коэффициентов (ДК), а также информативности (мер информативности (МИ) Кульбака) изучаемых признаков с формированием дифференциально-диагностической таблицы, пригодной для применения в составе последовательной процедуры А. Вальда (в модификации Е. Г. Гублера) [4, 5].

Дизайн исследования представлял собой проспективное компарирование параллельных групп с последующим катамнестическим контролем верификации диагнозов и подразумевал 2 этапа:

I этап – селекция признаков-критериев компаритивного позиционирования на основании контент-анализа актуальной дифференциально-диагностической методологии.

II этап – компаритивный анализ частоты встречаемости признаков, выделенных на первом этапе, у представителей сравниваемых групп с расчётом ДК и МИ по формулам (Е. В. Гублер, 1978):

$$ДК = 10 \lg \frac{A_1}{A_2}; \quad (1)$$

$$МИ = 10 \lg \frac{A_1}{A_2} \bullet 0,5[A_1 - A_2]; \quad (2)$$

где: ДК – диагностический коэффициент;

МИ – мера информативности (МИ) Кульбака;

A_1 – частота признака в I группе сравнения;

A_2 – частота признака в II группе сравнения.

В дальнейшем все значимые признаки были сведены в соответствующую дифференциально-диагностическую таблицу и размещены в ней в порядке убывания их информативности.

Результаты исследования. В качестве критериев компаритивного анализа продуктивной симптоматики в структуре исследуемых состояний были использованы дискурсивно адаптированные домены SAPS с квантификацией, редуцированной до дихотомии «присутствует / отсутствует», а также исключением признаков, являющихся эксклюзивными для патологии эндогенного регистра (эквиваленты идеаторных автоматизмов), а также некоторых признаков, облигатное наличие которых подразумевается в контексте бредовых расстройств (паралогичность мышления).

В результате был сформирован следующий комплекс признаков для компаритивного позиционирования:

1) галлюцинации (наличие слуховых галлюцинаций, комментирующий характер слуховых галлюцинаций, диалогический характер галлюцинаций, висцеральные или тактильные галлюцинации, ольфакторные галлюцинации, зрительные галлюцинации);

2) бредовые идеи (персекуторный бред, бред ревности, бред самообвинения, бред величия, религиозный бред, бред интерметаморфозы, бред отношения, бред одержимости);

3) нарушения поведения (вычурность одежды и внешнего вида, аномалии социального и сексуального поведения, агрессивное поведение, поведенческие стереотипии);

4) формальные расстройства мышления (паралогии, соскальзывания, резонёрство, инкогеренция мышления, обстоятельность, торпидность, отвлекаемость, фонетические ассоциации).

На II этапе исследования был проведён статистический анализ достоверности различий частоты регистрации выделенных признаков в группах методом χ^2 ; для признаков, показавших достоверные различия частоты встречаемости на основе соотношения их частот в Г1 и Г2, были рассчитаны ДК и МИ (табл. 1).

Признаки дифференцирования резидуальной шизофрении с дефектом смешанного типа и сосудистой деменции с параноидными включениями по адаптированным критериям SAPS

Признак (наличие)		Частоты в группах				р (χ²)	Соотношение частот (Г2/Г1)	ДК	МИ
		Абс., чел.		Относ., %					
		Г1	Г2	Г1	Г2				
1		2	3	4	5	6	7	8	9
слуховые галлюцинации	есть	26	10	60,47	31,25	0,012	0,52	-2,87	0,42
	нет	17	22	39,53	68,75	0,012	1,74	2,40	0,35
комментирующие галлюцинации	есть	10	2	23,26	6,25	0,047	0,27	-5,71	0,49
	нет	33	30	76,74	93,75	0,047	1,22	0,87	0,07
диалогические галлюцинации	есть	2	1	4,65	3,13	0,739	0,67	-1,73	0,01
	нет	41	31	95,35	96,88	0,739	1,02	0,07	0,00
тактильные галлюцинации	есть	6	2	13,95	6,25	0,285	0,45	-3,49	0,13
	нет	37	30	86,05	93,75	0,285	1,09	0,37	0,01
ольфакторные галлюцинации	есть	2	1	4,65	3,13	0,739	0,67	-1,73	0,01
	нет	41	31	95,35	96,88	0,739	1,02	0,07	0,00
зрительные галлюцинации	есть	4	12	9,3	37,5	0,003	4,03	6,05	0,85
	нет	39	20	90,7	62,5	0,003	0,69	-1,62	0,23
бред преследования	есть	16	5	37,21	15,63	0,039	0,42	-3,77	0,41
	нет	27	27	62,79	84,38	0,039	1,34	1,28	0,14
бред ревности	есть	1	2	2,33	6,25	0,391	2,69	4,29	0,08
	нет	42	30	97,67	93,75	0,391	0,96	-0,18	0,00
бред самообвинения	есть	2	8	4,65	25	0,010	5,38	7,30	0,74
	нет	41	24	95,35	75	0,010	0,79	-1,04	0,11
Бред величия	есть	11	3	25,58	9,38	0,075	0,37	-4,36	0,35
	нет	32	29	74,42	90,63	0,075	1,22	0,86	0,07
религиозный Бред	есть	7	2	16,28	6,25	0,186	0,38	-4,16	0,21
	нет	36	30	83,72	93,75	0,186	1,12	0,49	0,02
бред интер-метаморфозы	есть	2	1	4,65	3,13	0,739	0,67	-1,73	0,01
	нет	41	31	95,35	96,88	0,739	1,02	0,07	0,00
бред отношения	есть	10	21	23,26	65,63	<0,001	2,82	4,51	0,95
	нет	33	11	76,74	34,38	<0,001	0,45	-3,49	0,74
Бред одержимости	есть	4	1	9,3	3,13	0,289	0,34	-4,74	0,15
	нет	39	31	90,7	96,88	0,289	1,07	0,29	0,01
вычурность внешнего вида	есть	18	3	41,86	9,38	0,002	0,22	-6,50	1,06
	нет	25	29	58,14	90,63	0,002	1,56	1,93	0,31
вычурность поведения	есть	23	20	53,49	62,5	0,435	1,17	0,68	0,03
	нет	20	12	46,51	37,5	0,435	0,81	-0,94	0,04
агрессивное поведение	есть	29	23	67,44	71,88	0,680	1,07	0,28	0,01
	нет	14	9	32,56	28,13	0,680	0,86	-0,64	0,01
поведенческие стереотипии	есть	2	7	4,65	21,88	0,023	4,70	6,72	0,58
	нет	41	25	95,35	78,13	0,023	0,82	-0,87	0,07
соскальзывания	есть	12	3	25,58	9,38	0,047	0,34	-4,74	0,44
	нет	32	29	74,42	90,63	0,047	1,22	0,86	0,07
резонёрство	есть	6	1	13,95	3,13	0,112	0,22	-6,50	0,35
	нет	37	31	86,05	96,88	0,112	1,13	0,51	0,03
Инкогеренция мышления	есть	8	11	18,6	34,38	0,029	3,58	2,67	0,21
	нет	35	21	81,4	65,63	0,029	0,81	-0,94	0,07
обстоятельность	есть	4	8	9,30	25,00	0,067	2,69	4,29	0,34
	нет	39	24	93,02	75,00	0,067	0,83	-0,83	0,06

1		2	3	4	5	6	7	8	9
Торпидность	есть	3	7	6,98	21,88	0,060	3,14	4,96	0,37
	нет	39	25	97,67	78,13	0,060	0,84	-0,76	0,06
отвлекаемость	есть	5	14	11,63	43,75	0,009	2,69	4,29	0,59
	нет	38	18	95,35	56,25	0,009	0,67	-1,73	0,24
Фонетические ассоциации	есть	13	3	30,23	9,38	0,029	0,31	-5,09	0,53
	нет	30	29	69,77	90,63	0,029	1,30	1,14	0,12
Примечание: признаки с недостоверными различиями частот в группах сравнения выделены заливкой серого цвета.									

Анализ достоверности различий признаков позволил сепарировать из общего массива признаки, являющиеся валидными для дифференциации резидуальной шизофрении с дефектом смешанного типа и сосудистой деменции с параноидными включениями (табл. 2).

Таблица 2

Маркёры дифференцирования резидуальной шизофрении с дефектом смешанного типа и сосудистой деменции с параноидными включениями по адаптированным критериям SAPS (в порядке убывания информативности)

Маркёры									
резидуальной шизофрении с дефектом смешанного типа					сосудистой деменции с параноидными включениями				
№	Признак (наличие)		ДК	МИ	№	Признак (наличие)		ДК	МИ
1	вычурность внешнего вида	есть	-6,50	1,06	1	бред отношения	Есть	4,51	0,95
2	бред отношения	нет	-3,49	0,74	2	зрительные галлюцинации	Есть	6,05	0,85
3	Фонетические ассоциации	есть	-5,09	0,53	3	бред самообвинения	Есть	7,30	0,74
4	комментирующие галлюцинации	есть	-5,71	0,49	4	поведенческие стереотипии	есть	6,72	0,58
5	соскальзывания	есть	-4,74	0,44	5	отвлекаемость	есть	4,29	0,59
6	слуховые галлюцинации	есть	-2,87	0,42	6	слуховые галлюцинации	нет	2,40	0,35
7	бред преследования	есть	-3,77	0,41	7	вычурность внешнего вида	нет	1,93	0,31
8	Отвлекаемость	нет	-1,73	0,24	8	инкогеренция мышления	есть	2,67	0,21
9	зрительные галлюцинации	нет	-1,62	0,23	9	бред преследования	нет	1,28	0,14
10	бред самообвинения	нет	-1,04	0,11	10	фонетические ассоциации	нет	1,14	0,12
11	поведенческие стереотипии	нет	-0,87	0,07	11	комментирующие галлюцинации	нет	0,87	0,07
12	Инкогеренция мышления	нет	-0,94	0,07	12	соскальзывания	нет	0,86	0,07

Согласно методологии расчёта достоверности диагностического решения для достижения уровня вероятности 95% ($p=0,05$), пороговая $\sum_{\text{ДК}}$ – является константой = ± 13 , для достижения вероятности 99% = ± 20 , для достижения вероятности 99,9% = ± 30 , таким образом:

– при $\sum_{\text{ДК}} < -13$; -20 и -30 комплекс психопатологической семиотики с вероятностью 95%; 99% и 99,9% соответственно свидетельствует в пользу резидуальной шизофрении с дефектом смешанного типа;

– при $\Sigma_{\text{ДК}} > +13$; +20 и +30 – комплекс психопатологической семиотики с вероятностью 95%; 99% и 99,9%, соответственно, свидетельствует в пользу сосудистой деменции;

– в пределах диапазона $-13 < \Sigma_{\text{ДК}} < +13$ – заключение нельзя считать достоверным, так как при этом его $p > 0,05$.

На основании полученных данных была построена дифференциально-диагностическая таблица, в которой маркёры дифференциации были расположены в порядке убывания $\Sigma_{\text{МИ}}$ (табл. 3).

Такой порядок расположения маркёров в таблице диктуется требованиями последовательной процедуры Вальда, в которой они используются. Перебор диагностически ценных признаков в порядке «от наиболее информативных к менее информативным» обеспечивает кратчайший путь к диагностическому (дифференциально-диагностическому) заключению требуемого уровня достоверности.

Таблица 3

Диагностическая таблица дифференцирования резидуальной шизофрении с дефектом смешанного типа и сосудистой деменции с параноидными включениями по адаптированным критериям SAPS

№	Σ _{ми}	Признак (маркёр)	Диапазон признака	ДК
1	1,69	бред отношения	есть	4,51
			нет	-3,49
2	1,37	вычурность внешнего вида	есть	-6,50
			нет	1,93
3	1,08	зрительные галлюцинации	есть	6,05
			нет	-1,62
4	0,83	Отвлекаемость	есть	4,29
			нет	-1,73
5	0,85	бред самообвинения	есть	7,30
			нет	-1,04
6	0,77	слуховые галлюцинации	есть	-2,87
			нет	2,40
7	0,65	фонетические ассоциации	есть	-5,09
			нет	1,14
8	0,65	поведенческие стереотипии	есть	6,72
			нет	-0,87
9	0,56	комментирующие галлюцинации	есть	-5,71
			нет	0,87
10	0,55	бред преследования	есть	-3,77
			нет	1,28
11	0,51	Соскальзывания	есть	-4,74
			нет	0,86
12	0,28	инкогеренция мышления	есть	2,67
			нет	-0,94
Примечание: Σ _{ми} – суммарная информативность обоих диапазонов признака (слагается из информативностей наличия и отсутствия данного признака)				

Полученные признаки (маркёры) использованы в формировании бланка шкалы (табл. 4).

Разработанная шкала имеет ряд категориальных отличий от существующих аналогов, прежде всего в силу специфичности клинико-дискурсивных композиций используемых признаков и наличия спектра дисквалифицирующих состояний и исключаемых феноменов.

Заполнение бланка шкалы основывается на клинической обсервации и регистрации актуального психического статуса. При наличии феномена, соответствующего признаку в бланке шкалы и не входящего в спектр исключаемых, производится отметка в столбце «есть» соответствующего ряда, при отсутствии такового или наличии исключаемого

феномена отметка производится в графе «нет» соответствующего ряда. По заполнению каждого ряда производится подсчет суммы ДК путём сложения отмеченных ДК, при достижении значения $\sum_{\text{ДК}} = +13$ или -13 выносится предварительное диагностическое заключение о принадлежности имеющихся психопатологических нарушений к резидуальной шизофрении с дефектом смешанного типа (при $\sum_{\text{ДК}} = +13$) или к сосудистой деменции с параноидными включениями (при $\sum_{\text{ДК}} = -13$), имеющее уровень достоверности = 95% ($p=0,05$). При достижении значения $\sum_{\text{ДК}} = +20$ или -20 выносится окончательное диагностическое заключение, имеющее достоверность = 99% ($p=0,01$). При необходимости более высокого уровня достоверности процесс индикации феноменов продолжается до достижения значения $\sum_{\text{ДК}} = +30$ или -30 , соответствующего уровню достоверности = 99,9% ($p=0,001$).

Таблица 4

Бланк шкалы дифференцирования резидуальной шизофрении с дефектом смешанного типа и сосудистой деменции с параноидными включениями по адаптированным критериям SAPS

Признак (маркёр)	Есть	Нет	$\sum_{\text{ДК}}$
бред отношения	4,51	-3,49	
Вычурность внешнего вида	-6,50	1,93	
зрительные галлюцинации	6,05	-1,62	
отвлекаемость	4,29	-1,73	
бред самообвинения	7,30	-1,04	
слуховые галлюцинации	-2,87	2,40	
фонетические ассоциации	-5,09	1,14	
поведенческие стереотипии	6,72	-0,87	
комментирующие галлюцинации	-5,71	0,87	
бред преследования	-3,77	1,28	
соскальзывания	-4,74	0,86	
инкогеренция мышления	2,67	-0,94	

Таким образом, разработана клиническая шкала экспресс-дифференцирования бредовых компонентов резидуальной шизофрении и сосудистой деменции по адаптированным критериям SAPS.

Планируются дальнейшие исследования на широком контингенте с включением в дизайн катamnестического этапа, с целью проверки чувствительности и специфичности разработанной шкалы, а также валидации и интеграции данной шкалы в структуру алгоритма дифференциации шизоформных состояний периода инволюции.

Выводы. На основании диагностических коэффициентов и мер информативности ракурсно-адаптированных признаков «Scale for the Assessment of Positive Symptoms» (N. Anderson, 1984) на 2-х группах пациентов, страдающих резидуальной шизофренией (F20.5) с дефектом с дефектом смешанного типа сложной структуры и сосудистой деменцией с параноидными включениями (F01.3), разработана клиническая шкала, позволяющая вынести диагностическое заключение о принадлежности продуктивных психопатологических нарушений к какой либо из указанных нозологических форм, с возможностью достижения любого из трёх необходимых уровней достоверности: 95% ($p=0,05$), 99% ($p=0,01$) или 99,9% ($p=0,001$).

Литература:

1. Волошин П. В. Стратегія охорони психічного здоров'я населення України : сучасні можливості та перешкоди / П. В. Волошин, Н. О. Марута // Український вісник психоневрології. – 2015. – Т. 23, вип. 1. – С. 5-11.
2. Гаврилова С. И. Клиника шизофрении, осложнённой в позднем возрасте церебральными формами атеросклероза и гипертонической болезни : Автореф. дис. ... канд. мед. наук : спец. № 767 «Психиатрия» / С. И. Гаврилова. – Москва, 1970. – 24 с.
3. Гаврилова С. И. Руководство по гериатрической психиатрии / С. И. Гаврилова. – Москва : Пульс, 2011. – 201 с.

4. Гублер Е. В. Вычислительные методы анализа и распознавание патологических процессов. – Ленинград : Медицина, 1978. – 294 с.
5. Гублер Е. В., Генкин А. А. Применение непараметрических критериев статистики в медико-биологических исследованиях. – Донецк, 1973. – С. 13-15.
6. Логутенко Р. М. Клинические особенности поздней шизофрении / Р. М. Логутенко, П. Б. Зотов // Тюменский медицинский журнал. – 2013. – Т. 15, № 2. – С. 38 – 39.
7. Пінчук І. Я. Актуальні питання геронтопсихіатрії: навчальний посібник / І. Я. Пінчук [та ін.]. – Тернопіль : Термограф, 2010. – 431 с.
8. Andreasen N. C. Negative symptoms in schizophrenia: definition and reliability / N. C. Andreasen // Arch. Gen. Psychiatry. – 1982. – № 39. – P. 784-788,
9. Andreasen N. C. Scale for the Assessment of Positive Symptoms (SAPS) / N. C. Andreasen. – Iowa City, IA, University of Iowa, 1984.
10. Andreasen N. C. Evaluation of positive and negative symptoms in schizophrenia / N. C. Andreasen, W. M. Grove // Psychiatry and Psychobiology. – 1986. – № 1. – P. 108-121.

References:

1. Voloshin P. V. Strategy of Ukrainian population psychic health protection: modern possibilities and obstacles // Ukr. Herald for Psychoneurology. – 2015. – Vol. 23, iss. 1. – P. 5-11 (Ukr.).
2. Gavrilova S. I. Clinics of schizophrenia in elderly age with cerebral forms of atherosclerosis and hypertension: Synopsis of candidate thesis in medicine: spec. 767 «Psychiatry». – Moscow, 1970. – 24 p. (Rus.)
3. Gavrilova S. I. Guidance on geriatric psychiatry. – Moscow: Pulse, 2011. – 201 p. (Rus.)
4. Gubler Ye. V. Computational methods of analysis and recognition of pathological processes. – Leningrad-Moscow: Medicine, 1978. – 294 p. (Rus.)
5. Gubler Ye. V., Genkon A. A. Use of non-parametric methods of statistics in medical and biological researches. – Donetsk, 1973. – P. 13-15 (Rus.).
6. Logutenko R. M. Clinical peculiarities of late schizophrenia // Tumen Med. J. – 2013. – Vol. 15, № 2. – P. 38 – 39 (Rus.).
7. Pinchuk I. Ya. Urgent problems of gerontological psychiatry: manual. – Ternopol: Termograph, 2010. – 431 p. (Ukr.)
8. Andreasen N. C. Negative symptoms in schizophrenia: definition and reliability / N. C. Andreasen // Arch. Gen. Psychiatry. – 1982. – № 39. – P. 784-788,
9. Andreasen N. C. Scale for the Assessment of Positive Symptoms (SAPS) / N. C. Andreasen. – Iowa City, IA, University of Iowa, 1984.
10. Andreasen N. C. Evaluation of positive and negative symptoms in schizophrenia / N. C. Andreasen, W. M. Grove // Psychiatry and Psychobiology. – 1986. – № 1. – P. 108-121

Работа поступила в редакцию 25 июля 2016 г.

Рекомендовано к печати на заседании редакционной коллегии после рецензирования